

PACIENTŲ, KURIEMS SUFORMUOTA ŽARNYNO STOMA, KŪNO ĮVAIZDŽIO IR PSICHOEMOCINĖS BŪSENOS POKYČIAI POOPERACINIU LAIKOTARPIU

Ugnė Žalkauskaitė

Kauno technologijos universitetas
Lietuva

Jurgita Gulbinienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Lietuva

Anotacija

Tyrimo tikslas – įvertinti pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, psichoemocinę būseną ir susitaikymą su kūno įvaizdžio pokyčiais pooperaciniu laikotarpiu. Tyrimas vykdytas dviem etapais: pirmajame etape siekta įvertinti, pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, susitaikymą su kūno įvaizdžio pokyčiais ir psichoemocinę būseną praėjus 2–3 savaitėms po operacijos (pradėjus reabilitacinį gydymą). Antrajame etape siekta įvertinti pacientų psichoemocinės būsenos ir požiūrio į savo kūną pokytį tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu (praėjus dviem mėnesiams nuo išvykimo iš reabilitacijos įstaigos). Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų psichoemocinė būseną ir požiūris į savo kūną tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu reikšmingai pagerėjo.

Reikšminiai žodžiai: žarnyno stoma, kūno įvaizdis, nerimas ir depresija.

Įvadas

Kūnas ir kūno įvaizdis yra svarbi kasdieninio gyvenimo dalis ir visuomenė skiria didelę reikšmę patraukliam kūnui. Labai dažnai asmenys po stomos suformavimo operacijos sunkiai susitaiko su pasikeitusiu kūno įvaizdžiu, kuris paveikia kasdieninį jų gyvenimą ir sukelia psichologines bei socialines pasekmes. Chirurginiu būdu suformavus žarnyno stomą, ligoniai dažniausiai praranda pasitenkinimą savo kūnu, pradeda į jį žiūrėti kaip į nepilnavertį, neatliekantį savo funkcijų, pacientai jaučiasi mažai fiziškai patrauklūs, ypatingai sau ir savo partneriui (Dabirian et al., 2011; Mäkelä, 2006; Noone, 2010). Kaip teigia Berger ir Luckmann (1999), žmogus suvokia save kaip esybę, ne tapačią kūnui, bet disponuojančią kūnu. Po stomos suformavimo operacijos žmogaus kūnas netarnauja taip funkcionaliai kaip sveikam asmeniui, o suformuota stoma, tapdama kūno dalimi (nors ir laikina), sugriauna kūno vientisumą, kūno kaip visumos suvokimą (Swan, 2010; Chiara, 2003). Dalykai, kurie atrodė nereikšmingi ar savaime suprantami esant sveikam, po stomos suformavimo operacijos tampa esminiai (pvz., stomos priežiūra, mityba, pakitęs tuštinimasis, lytiniai santykiai ir kt.).

Salone ir de Almeida (2014) atliktas tyrimas atskleidė reikšmingus statistinius ryšius tarp pasitenkinimo kūno įvaizdžiu, savęs vertinimo ir klinikinių bei socialinių-demografinių veiksnių. Kaip nurodoma, mažiausias pasitenkinimas kūnu ir žemiausias savęs vertinimas nustatytas tarp vyresnių nei 60 metų vyrų, kuriems suformuota žarnyno stoma, kurie yra vedę ir nepriklauso savitarpio pagalbos grupėms / asociacijoms. Atkreiptas dėmesys, kad pacientai, kuriems suformuota laikina žarnyno stoma ir kurios dydis siekia ne daugiau kaip 40 milimetrų, palankiau vertina savo kūno pokyčius ir pasižymi stipresniu savivertės jausmu. Danielsen ir kt. (2013), Sampaio ir kt. (2008) atlikti tyrimai atskleidė panašius rezultatus.

Salter (1999) ir Salome ir kt. (2014) teigimu, po stomos suformavimo operacijos pacientai patiria ne tik fizinius pokyčius kūne, bet ir emocinį ir psichologinį lūžį, kuris keičia asmens savęs suvokimą. Stomos atsiradimas kūne ir pakitusi kūno išvaizda rekonstruoja asmens tapatybę, nes jam tenka inkorporuoti dėl stomos pakitusį kūną į naują savęs suvokimą (Dazio, Sonobe, Zago, 2009). Kaip atskleidžia Batista ir kolegos (2011), žarnyno stomos atsiradimas kūne sukelia tokias emocijas, kaip nepasitenkinimas savimi, nusivylimas ir pyktis. Pacientai po stomos suformavimo operacijos prarandama tuštinimosi ir žarnyno dujų kontrolę, o tai sukelia nusivylimą ir veda depresijos bei socialinės izoliacijos link (Schnell, 2003). Krouse ir kt. (2009) atliktas tyrimas parodė, kad kas antram pacientui (53 proc.) po stomos suformavimo operacijos pasireiškia nerimo ir depresijos simptomatika.

Kaip pažymi Viluckienė (2010), netikėtai užklupusi liga ar negalia sukelia tam tikrą lūžį asmens biografijoje, nes „sergančiu“ tapęs kūnas sukelia šokiruojančią, griaunamojo pobūdžio patirtį, „kada gerai žinomi kasdieniai rutininiai ryšiai yra sutrikdomi“. Galima teigti, kad žarnyno stoma suardo iki tol buvusį žmogaus gyvenimo ritmą ir sukelia pokyčius visoje žmogaus

biografinėje situacijoje. Todėl vienas didžiausių iššūkių pacientui po žarnyno stomos suformavimo operacijos yra priimti savo kūną tokį, koks jis tapo po operacijos, ir susitaikyti su įvykusiais kūno pokyčiais.

Tyrėjų (Kimura ir kt., 2013; Melotti ir kt., 2013; Costa ir kt., 2014; Black, 2004; Pittman ir kt., 2008) teigimu, reabilitacijos laikotarpiu medicinos specialistų suteikiamos žinios ir paciento įgūdžiai pasirūpinti esama stoma (pakeisti išmatų surinktuvą, prižiūrėti aplink stomą esančią odą ir pan.) ne tik sumažina pooperacinių komplikacijų riziką, bet ir lemia geresnę psichoemocinę būseną ir požiūrį į savo kūną tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu.

Tyrimo tikslas – įvertinti pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, psichoemocinę būseną ir susitaikymą su kūno įvaizdžio pokyčiais pooperaciniu laikotarpiu.

Tyrimo objektas – pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, kūno įvaizdžio ir psichoemocinės būsenos pokyčiai pooperaciniu laikotarpiu.

Tyrimo metodika

Tyrimas vykdytas dviejose Lietuvos sanatorijose¹, gavus abiejų sanatorių direktorių sutikimus bei Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos komisijos leidimą.

Tyrimo metu taikyta tikslinė atranka, t. y. tyrimo metu apklausti pacientai, kuriems suformuota nuolatinė ar laikina kolostoma arba ileostoma. Tyrimas buvo vykdomas dviem etapais. Pirmosios apklausos tikslas buvo įvertinti pacientų, kuriems atlikta stomos suformavimo operacija, psichoemocinę būseną ir požiūrį į kūno įvaizdį atvykus į reabilitacijos įstaigą. Antrosios apklausos tikslas buvo įvertinti psichoemocinės būsenos ir požiūrio į kūno įvaizdį pokyčius (susitaikymą su įvykusiais kūno pokyčiais) tolimajame pooperaciniame laikotarpyje, kurio trukmė, remiantis moksline literatūra (Šiurkus, 1975), siekia nuo išvykimo iš stacionaro iki darbingumo atstatymo ar darbingumo lygio nustatymo. Pirmame etape apklausta 40 pacientų, atvykusių į sanatorijas reabilitacijai po žarnyno stomos suformavimo operacijos, t. y. praėjus 2–3 savaitėms po operacijos. Antrasis etapas buvo vykdomas praėjus dviem mėnesiams nuo pirmos apklausos atlikimo, t. y. praėjus beveik trimis mėnesiais po stomos suformavimo. Antroji apklausa atlikta paštu, prieš tai susisiekus su kiekvienu tiriamuoju. Jos metu buvo apklausti tie patys 40 pacientų.

Siekiant įvertinti pacientų požiūrį į savo kūno įvaizdį, buvo naudota „Kūno įvaizdžio skalė“ (angl. *Body Image Scale (BIS)*), kurią sudaro 10 klausimų. Kūno įvaizdžio skalės patikimumo (angl. *reliability*) koeficientas Cronbach alpha 0,93 (Hopwood et al., 2001). Kiekvienas anketos klausimas vertinamas nuo 0 iki 3 balų (0 – „visiškai nesutinku“, 3 – „visiškai sutinku“). Galimas surinktų balų skaičius nuo 0 iki 30. Didelis surinktų balų skaičius rodo didesnę nepasitenkinimą pasikeitusia kūno išvaizda ir mažesnį susitaikymą su įvykusiais kūno pokyčiais. Kūno įvaizdžio skalės klausimynas buvo verstas dviejų nepriklausomų vertėjų iš anglų į lietuvių kalbą. Gauti klausimyno vertimo rezultatai palyginti ir suderinti tarpusavyje bei priimtas vienas variantas. Lietuviško vertimo variantas dar kartą verstas į anglų kalbą kitų dviejų nepriklausomų vertėjų. Išvertus klausimyną buvo apklausta 10 pacientų, siekiant įvertinti jo suprantamumą. Pakoregavus kelis klausimus, buvo priimta galutinė klausimyno versija.

Atliekamos anketinės apklausos metu didžioji dalis respondentų pasirinko, jog kūno įvaizdžio skalės klausimai būtų perskaityti tyrimo vykdytojų žodžiu ir respondentai galėtų pasirinkti jiems labiausiai tinkantį atsakymo variantą. Perskaičius tam tikrus kūno įvaizdžio skalės klausimus respondentai nurodydavo ne tik atsakymo pasirinkimo variantą, bet savo atsakymus detalizuodavo, pagrįsdavo savo patirtimis ir požiūriais apie kūno pokyčius po stomos suformavimo operacijos. Atliekant antrąjį tyrimo etapą – apklausą paštu, siųstuose klausimynų variantuose po kiekvienu klausimu buvo palikta vietos respondentų komentarams. Visos tyrimo dalyvavusių pacientų išsakytos žodinės ar rašytinės mintys buvo fiksuojamos atmintinėse, o vėliau panaudotos kaip citatos kiekybinių tyrimo duomenų iliustracijai. Straipsnio autorių nuomone, kiekybinių duomenų analizėje pasitelkiamos citatos leidžia detaliau aptarti analizuojamąjį reiškinį, t. y. kūno įvaizdžio pokyčius po žarnyno stomos suformavimo operacijos (pastaba: visos respondentų pasakojimų detalės šio straipsnio dalyje „Susitaikymas su įvykusiais kūno pokyčiais pooperaciniu laikotarpiu“ pateikiamos *kursyvu*).

Siekiant įvertinti pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, nerimą ir depresiją naudota „Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė“ (angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale, (HADS)*). Ši skalė buvo sudaryta 1983 metais A. S. Zigmond ir R. R. Snaith – tai patikima ir plačiai naudojama depresijos ir nerimo sutrikimų atrankos anketa, 1991 m. R. Bunevičiaus adaptuota Lietuvoje. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė skirta tirti ligoniams, gydomiems bendrojo profilio ir specializuotose ne psichiatrijos medicinos įstaigose. Ją naudojant yra įvertinama paciento savijauta tyrimo metu, taip pat ji gali būti naudojama depresijos ir nerimo

¹Siekiant išlaikyti anonimiškumą tiek organizacijų, tiek respondentų atžvilgiu, reabilitaciją įgyvendinančių institucijų, kuriose atliktas tyrimas, pavadinimai neminimi.

simptomų kitimui gydymo metu įvertinti (Bunevičius, Žilėnienė, 1991; Lam, Mickalak, 2004; McDowell, 2006). Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė sudaryta iš 14 teiginių, iš kurių 7 padeda išsiaiškinti, ar pacientą vargina depresinė simptomatika, likusieji 7 teiginiai skirti baimingumui, nerimastingumui, vidinei įtampai išsiaiškinti. Nerimo klausimų vidutinio patikimumo koeficientas Cronbach alpha yra 0,77, o depresijos klausimų – 0,79 (Lam, 2004; McDowell, 2006).

Papildomai sudarytais klausimais siekta atskleisti respondentų socialinius-demografinius duomenis (amžių, lytį, socialinę bei šeiminių padėtį), atliktos stomos suformavimo operacijos datą, suformuotos stomos tipą bei gulėjimo sanatorijoje laiką.

Tyrimo imtis. Apklausoje dalyvavo 40 respondentų, iš jų 27 vyrai (67,5 proc.) ir 13 moterų (32,5 proc.). Apklaustųjų amžiaus vidurkis – 60,7 m. (SN ± 11,4). 12 respondentų (30 proc.) buvo suformuota ileostoma, o 28 (70 proc.) – kolostoma. Tyrime dalyvavusiems 4 (10 proc.) pacientams stoma buvo suformuota pakartotinai.

Tyrimo etika. Tyrimo metu buvo laikomasi etikos principų: kiekvienas respondentas prieš apklausą buvo supažindintas su tyrimo tikslu ir tyrimo eiga. Pateikta pagrindinė informacija apie tyrimui pasirinktus instrumentus – hospitalinę nerimo ir depresijos skalę bei kūno įvaizdžio skalę, taip pat informuota, jog tyrimas bus vykdomas dviem etapais, aptartas šių etapų pasirinkimo tikslas. Nei vienas pacientas nebuvo prieš jo valią verčiamas dalyvauti tyrime (apsisprendimo laisvė), o atsisakymas dalyvauti tyrime buvo traktuojamas kaip gerbtinas ir nenuginčijamas asmens pasirinkimas. Sutikę dalyvauti, tačiau vėliau savo sprendimą pakeitę pacientai turėjo teisę bet kada atsisakyti dalyvauti tyrime dėl jiems asmeniškai žinomų priežasčių (tyrimo dalyviai turėjo teisę nurodyti priežasčių, dėl kurių atsisakė dalyvauti tyrime).

Kiekvienam pacientui, sutikusiam dalyvauti tyrime, buvo sudaromos galimybės pasirinkti jiems patogų susitikimo laiką ir vietą. Tyrime sutikę dalyvauti respondentai turėjo teisę dėl neįvardijamų priežasčių keisti susitikimo vietą ir laiką bei pasirinkti klausimynų pildymo būdą. Pageidaujant į klausimynų klausimus atsakyti individualiai, klausimynai buvo paliekami pacientams ir susitariama dėl klausimyno pasiėmimo laiko (tą pačią arba kurią kitą dieną pagal pacientų siūlymus). Neapanorusiems individualiai pildyti klausimynų pacientams, buvo sudaryta galimybė atlikti tyrimą žodžiu, kuomet tyrimo vykdytojai perskaitydavo klausimus ir galimus atsakymus, o pacientai pasirinkdavo jiems labiausiai tinkančius ir geriausiai kūno įvaizdį ir psichoemocinę būseną apibūdinančius atsakymų variantus.

Tyrimo dalyviai turėjo teisę pateikti tą informaciją, kuri jiems atrodė reikšminga. Kaip pavyzdžiui, perskaičius tam tikrus klausimus žarnyno stomą turintys pacientai ne tik į juos atsakydavo pagal pateiktus atsakymų variantus, bet ir juos detalizuodavo savo pasakojimais.

Atliekant tyrimą ir pateikiant surinktų duomenų analizę buvo laikomasi konfidencialumo principo, kad tyrime dalyvavę asmenys nebūtų diskredituoti, t. y. nebūtų atskleista jų tapatybė. Anonimiškumo išsaugojimas yra ypatingai svarbus šiame tyrime, nes antrajame tyrimo etape sutikę dalyvauti respondentai tyrimo vykdytojams nurodė itin asmeninę informaciją – vardą, pavardę, gyvenamosios vietos adresą, telefono numerį. Visos siuntimo išlaidos buvo padengtos tyrimo vykdytojų.

Statistinė duomenų analizė. Surinkti anketinės apklausos duomenys analizuoti naudojant SPSS 17.0 for Windows programos paketą. Kūno įvaizdžio ir hospitalinės nerimo ir depresijos skalių duomenų analizei naudoti neparаметriniai statistiniai skaičiavimo metodai. Tiriamųjų pacientų grupių pirmosios apklausos ir antrosios apklausos skalių vidurkiams palyginti naudotas Wilcoxon porinių imčių testas. Skirtumas statistiškai reikšmingas laikytas, kai $p < 0,05$.

Rezultatai ir aptarimas

Chirurginis gydymas kiekvienam pacientui sukelia stiprius psichologinius išgyvenimus. Pacientai nerimauja dėl pooperacinio skausmo, atsitraukimo nuo šeimos narių, nepriklausomybės praradimo, mirties baimės (Caumo et al., 2001). Daugelis atliktų klinikinių tyrimų pacientus, kuriems suformuota stoma, priskiria prie lėtinio susirgimo populiacijos, dažniausiai sunkiai prisitaikančius po operacijos (Ang et al., 2013). Šiai grupei žmonių reikia ypatingo dėmesio, nes stomos suformavimo operacija sukelia ne tik fiziologinių, bet ir psichologinių pokyčių, socialinių problemų (Reynaud, Meeker, 2002). Todėl tyrimo tikslas buvo įvertinti pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, psichoemocinę būseną ir susitaikymą su įvykusiais kūno pokyčiais.

Susitaikymas su įvykusiais kūno pokyčiais pooperaciniu laikotarpiu

Žarnyno stomos suformavimo operacija sukelia staigius ir reikšmingus kūno pokyčius, kuriems pacientai nėra pasirengę. Nepriklausomai nuo to paciento amžiaus ar nustatytos diagnozės, stomos suformavimo operacija reikšmingai keičia asmens vertybes, grožio suvokimą ir galimybę kontroliuoti savo kūną (savikontrolę). Kaip pastebi Persson ir Hellstöm (2002), mintis, kad esi „nešvarus“, nuolat persekioja daugelį žmonių po stomos suformavimo operacijos.

Mūsų tyrime dalyvavusių pacientų požiūris į savo kūną praėjus trims mėnesiams po stomos suformavimo operacijos statistiškai reikšmingai pagerėjo. Pirmosios apklausos metu (2–3 sav. po operacijos) bendras kūno įvaizdžio skalės vidurkis buvo 20,0 (± 6,5), o antrosios apklausos metu (3 mėn. po operacijos) reikšmingai pakito – 14,7 (± 6,4) (p < 0,05). Šie bendri kūno įvaizdžio skalės pokyčiai parodo, kad dalis pacientų praėjus trims mėnesiams po operacijos pakeitė požiūrį į įvykusius savo kūno pokyčius po žarnyno stomos suformavimo operacijos.

Analizuojant kūno įvaizdžio skalės rezultatus pastebėta, kad statistiškai reikšmingai pagerėjo tyrime dalyvavusių asmenų požiūris į savo vyriškumą / moteriškumą, nuogo kūno priėmimą, pacientai dažniau bendravo su kitais žmonėmis, sumažėjo nepasitenkinimas pooperacinės žaizdos išvaizda (p < 0,05) (žr. 1 lentelę).

1 lentelė

Pacientų kūno įvaizdžio pokyčiai praėjus 3 mėn. po operacijos, palyginti su pirmosios apklausos (pradėjus reabilitacinį gydymą) duomenimis

Kūno įvaizdžio skalės teiginiai	1-oji apklausa (pradėjus reabilitacinį gydymą)		2-oji apklausa (3 mėn. po operacijos)		p reikšmė
	Vidurkis	SN	Vidurkis	SN	
Kompleksuoju dėl savo išvaizdos	2,5	± 1,0	2,1	± 1,0	ns*
Dėl šios ligos / gydymo jaučiuosi mažiau fiziškai patrauklus/-i	1,95	± 1,1	1,6	± 1,1	ns
Esu nepatenkintas/-a savo išvaizda, kai dėviu drabužius	0,9	± 1,1	0,8	± 1,0	ns
Dėl šios ligos ar gydymo jaučiu savo vyriškumo / moteriškumo susilpnėjimą	2,1	± 1,0	1,7	± 1,2	p < 0,05
Man sunku žiūrėti į savo nuogą kūną	2,2	± 1,0	1,8	± 1,1	p < 0,05
Dėl šios ligos ar gydymo jaučiuosi mažiau seksualiai patrauklus/-i	2,5	± 0,8	2,3	± 0,8	ns
Vengiu bendravimo su kitais žmonėmis	1,9	± 1,2	1,0	± 1,2	p < 0,05
Dėl gydymo mano kūnas tapo nepilnavertis	2,5	± 1,0	2,6	± 0,8	ns
Esu nepatenkintas/-a savo kūnu	2,5	± 1,0	2,2	± 1,0	ns
Esu nepatenkintas/-a pooperacinės žaizdos išvaizda	1,2	± 1,2	0,6	± 0,9	p < 0,05

Lentelėje pateikiami skalės duomenų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (SN)
 *ns – statistiškai nereikšmingas pokytis (kai p > 0,05)

Nepaisant statistiškai reikšmingų pokyčių keturiuose kūno įvaizdžio skalės teiginiuose („Dėl šios ligos ar gydymo jaučiu savo vyriškumo / moteriškumo susilpnėjimą“, „Man sunku žiūrėti į savo nuogą kūną“, „Vengiu bendravimo su kitais žmonėmis“, „Esu nepatenkintas/-a pooperacinės žaizdos išvaizda“), atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad praėjus trims mėnesiams po stomos suformavimo asmenų požiūris į savo kūną reikšmingai nepasikeitė net šešiose kūno įvaizdžio skalės teiginiuose, t. y. pacientai vis dar buvo nepatenkinti savo kūnu ir kompleksavo dėl savo išvaizdos, jautėsi fiziškai ir seksualiai nepatrauklūs, nepatenkinti savo išvaizda dėvėdami drabužius bei galvojo, kad dėl gydymo kūnas tapo nepilnavertis (žr. 1 lentelę).

Tyrimo dalyviai akcentavo, kad jie nepatenkinti savo kūnu tokiu, koks jis tapo po stomos suformavimo operacijos. Net praėjus trims mėnesiams po operacijos didžioji dalis pacientų nesiliovė kompleksavę dėl pasikeitusios kūno išvaizdos, o kai kurie respondentai išreiškė nerimą, kad „net drabužiai nepaslepia stomos, o aplinkiniai bet kur ir bet kada gali išgirsti suformuotos stomos funkcionavimą“. Vienas respondentas teigė, kad po stomos suformavimo nebesinaudoja viešuoju transportu, nes mano, jog „aplinkiniai išgirs stomos veiklą ir ją pastebės“. Galima teigti, kad trys mėnesiai po operacijos yra per trumpas laikotarpis susitaikyti su įvykusiais pooperaciniais pokyčiais. Sun ir kolegos (2013), įvertindami pacientų susitaikymą su pakitusiu kūno įvaizdžiu per 5 metų laikotarpį po operacijos, įrodė, kad suformuotos stomos priežiūros, adaptacijos, psichologinės ir socialinės problemos tęsiasi ilgą laiką, t. y. ilgiau nei 5 metai. Tyrėjai įrodė, kad net praėjus daugiau kaip 5 metams po stomos suformavimo operacijos pacientai priversti nešioti didesnio dydžio drabužius, vyrai vietoj kelnų diržo turi dėvėti petnešas, ilgų kelionių metu automobiliu nepatogu užsidėti saugos diržą, nes jis labai dažnai liečia suformuotą stomą (Sun et al., 2013).

Atliekamo tyrimo metu atskirai neanalizavome tyrime dalyvavusių vyrų ir moterų susitaikymo su įvykusiais kūno pokyčiais tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu, tačiau kitų autorių

(Krouse et al., 2009; Grant et al., 2011) atliktos studijos įrodo, kad moterys sunkiau susitaiko su įvykusiais pooperaciniais pokyčiais negu vyrai tiek fiziškai, tiek psichologiškai.

Nagrinėjant statistiškai reikšmingus pokyčius keturiuose kūno įvaizdžio skalės teiginiuose („Dėl šios ligos ar gydymo jaučiu savo vyriškumo / moteriškumo susilpnėjimą“, „Man sunku žiūrėti į savo nuogą kūną“, „Vengiu bendravimo su kitais žmonėmis“, „Esu nepatenkintas/-a pooperacinės žaizdos išvaizda“), tyrimo metu taip pat įvertinta, kokie kintamųjų pokyčiai atsiskleidžia praėjus 3 mėnesiams po žarnyno stomos suformavimo operacijos, palyginti su pirmosios apklausos (pradėjus reabilitacinį gydymą) duomenimis. 2 lentelėje minėtų kūno įvaizdžio skalės kintamųjų pokyčiai įvardinti trimis aspektais (pagerėjo, pablogėjo, nepakito), taip pat nurodomas respondentų skaičius (n) bei procentinis imties dydis (proc.) (žr. 2 lentelę).

2 lentelė

Kūno įvaizdžio skalės statistiškai reikšmingų ($p < 0,05$) kintamųjų pokyčiai praėjus 3 mėn. po operacijos, palyginti su pirmosios apklausos (pradėjus reabilitacinį gydymą) duomenimis

Kūno įvaizdžio skalės kintamieji	Pagerėjo		Pablogėjo		Nepakito	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Dėl šios ligos ar gydymo jaučiu savo vyriškumo / moteriškumo susilpnėjimą	29	72,5	5	12,5	6	15,0
Man sunku žiūrėti į savo nuogą kūną	33	82,5	3	7,5	4	10,0
Vengiu bendravimo su kitais žmonėmis	34	85,0	2	5,0	4	10,0
Esu nepatenkintas/-a pooperacinės žaizdos išvaizda	36	90,0	3	7,5	1	2,5

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, 29 (72,5 proc.) respondentams reikšmingai pagerėjo požiūris į savo vyriškumo / moteriškumo jutimą tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu. Tačiau 12,5 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų ir praėjus trimis mėnesiams po stomos suformavimo dar blogiau priėmė pakitusį kūno įvaizdį teigdami, kad šiuo metu jie jaučiasi „dar labiau nevykę“ ir abejoja „ar kada nors iš viso sugebės susitaikyti su tokiu kūnu“ (žr. 2 lentelę).

Įvertinant, kuri procentinė dalis pacientų galėjo žiūrėti į savo nuogą kūną praėjus 3 mėn. po stomos suformavimo operacijos, nustatyta, kad 33 (82,5 proc.) respondentams pagerėjo susitaikymas su kūno įvaizdžio pokyčiais: buvo lengviau žiūrėti į savo nuogą kūną, stoma jiems nebekėlė pasibjaurėjimo. Tyrimo metu akcentuota, kad nors „stoma keičia ne tik kūną, bet ir asmenybę, tačiau po šios operacijos nebevargina stiprūs pilvo skausmai, kurie buvo iki operacijos, kas atima daug jėgų, padaro nusivylusiu ir irzliu“. Keturiems pacientams (10 proc.) susitaikymas su kūno įvaizdžiu nepakito. Pacientai teigė, kad jie galėjo žiūrėti į stomą tiek iškart po jos suformavimo, tiek praėjus 3 mėn. po operacijos, tačiau šiems respondentams žarnyno stoma buvo suformuota pakartotinai. Keletas pacientų (7,5 proc.) net ir praėjus 3 mėn. po operacijos nenorėjo žiūrėti į save nuogą (žr. 2 lentelę); jų nuomone, „geriau gyventi trumpiau negu su tuo dvokiančiu maišu prie pilvo ir nepilnavertiškumo jausmu“.

Įvertinant, kuriai procentinei daliai pacientų padidėjo poreikis bendrauti su kitais žmonėmis, nustatyta, kad 34 respondentams (85 proc.) požiūris į save pagerėjo ir jie pradėjo jausti didesnę poreikį bendrauti su kitais žmonėmis. Didžioji dalis tyrimo dalyvavusių respondentų akcentavo, jog bendravimą su aplinkiniais ir pozityvesnį požiūrį į save pačius lėmė gebėjimas tinkamai pasirūpinti stoma, sutuoktinių parama ir viltis, kad stoma suformuota trumpam laikui. Labai didelę reikšmę turėjo artimųjų palaikymas ir padrašinimas. Du respondentai teigė, kad po operacijos vengė bendravimo net su savo sutuoktiniu, o po trijų mėnesių „buvo gera apsikabinti“. Dviejų apklaustųjų (5 proc.) teigimu, praėjus trimis mėnesiams jie dar labiau pradėjo vengti bendravimo su kitais žmonėmis, nes negalėjo susitaikyti su įvykusiais pokyčiais po operacijos. Keletas pacientų (10 proc.) su aplinkiniais bendravo vienodai tiek po operacijos, tiek pirmuosius tris mėnesius (žr. 2 lentelę).

Sun et al. (2013) ir Altschuler et al. (2009) pabrėžia, kad greitesnei adaptacijai po stomos suformavimo operacijos reikšmingos įtakos turi sutuoktinio bei artimų šeimos narių palaikymas. Tiek fizinis, tiek emocinis sutuoktinio palaikymas padeda greičiau susitaikyti su įvykusiais kūno pokyčiais ir suvokti, kad esi „normalus“, tačiau, nesulaukus sutuoktinio paramos ir supratingumo, psichosocialinis susitaikymas su įvykusiais pooperaciniais pokyčiais užtrunka kur kas ilgiau. Kaip pastebi Altschuler ir kolegos (2009), sutuoktiniai teigiamai veikia paciento psichosocialinę būklę ir gyvenimo kokybę keliose srityse: bendraujant ir vertinant jausmų tikrumą, save ir savo ligą, socialinę paramą bei emocines būsenas.

Kaip atskleidžia mūsų atlikto tyrimo duomenys, praėjus 3 mėnesiams po žarnyno stomos suformavimo didžioji dalis respondentų (90 proc.) buvo susitaikę su pooperacinės žaizdos išvaizda, tačiau 3 pacientai (7,5 proc.) nurodė, kad jie niekuomet nepajėgs nesusitaikyti su suformuota stoma. Tik 1 pacientas (2,5 proc.) akcentavo, kad jis yra „patenkintas pooperacinės

žaizdos išvaizda, visiškai susitaikė su stoma ir ji jau tapo pilnaverte jo kūno dalimi“ (žr. 2 lentelę).

Pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, psichoemocinės būsenos pokyčiai pooperaciniu laikotarpiu

Nerimas ir depresija – tai dažniausiai dominuojančios psichologinės problemos po stomos suformavimo operacijos, pasireiškiančios pacientams išvykus į namus, kai jie bando gyventi savarankiškai ir patys rūpintis suformuota stoma be medicinos personalo pagalbos (Szczepkowski, 2002; Neuman et al., 2011; Taylor, Morgan, 2011; Recalla et al., 2013). Kaip rodo įvairių tyrimų (Cotrim, Pereira, 2008; Trninie et al., 2009) rezultatai, pacientams po žarnyno stomos suformavimo pooperaciniu laikotarpiu pasireiškia psichologiniai sutrikimai, tokie kaip nerimas, nuolatinė baimė, nepilnavertiškumo jausmas, depresija. Daugelis pacientų po žarnyno stomos suformavimo operacijos patiria situacinį nerimą, t. y. nerimą, kurį nulemia aiški esama situacija. Pasikeitęs tuštinimosi būdas, šalinimo kontrolės praradimas sukelia didelį nerimą ar nevirties jausmą net ir žinant, jog stoma suformuota laikinai. Richbourg ir kolegos (2007) atlikto tyrimo metu nustatė, kad net 53 proc. tyrime dalyvavusių pacientų išvykę iš gydymo / reabilitacijos įstaigos jautė depresiją.

Mūsų tyrimo metu pacientų psichoemocinė būklė buvo įvertinta naudojant HAD skalę. Analizuojant tyrimo rezultatus, pastebėta, kad praėjus 3 mėn. po stomos suformavimo operacijos bendri nerimo ir depresijos skalės rezultatai (HAD) statistiškai reikšmingai sumažėjo ($p < 0,05$), tačiau atskirai išanalizavus 7 nerimo ir 7 depresijos simptomatiką atspindinčius teiginius² gauti rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai sumažėjo tik depresijos simptomatika ($p < 0,05$) (žr. 3 lentelę).

3 lentelė

Psichoemocinės būsenos pokyčiai praėjus 3 mėn. po operacijos, lyginti su pirmosios apklausos duomenimis

Skalės	1-oji apklausa (pradėjus reabilitacinį gydymą)		2-oji apklausa (3 mėn. po operacijos)		p reikšmė
	Vidurkis	SN	Vidurkis	SN	
Bendra HAD skalė	16,2	± 8,5	12,6	± 6,9	$p < 0,05$
Nerimo skalė	6,0	± 3,6	5,9	± 2,9	ns*
Depresijos skalė	10,2	± 6,0	6,7	± 4,6	$p < 0,05$

Lentelėje pateikiami skalių duomenų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (SN)

*ns – statistiškai nereikšmingas pokytis (kai $p > 0,05$)

Galima daryti prielaidą, kad depresijos sumažėjimą lėmė pacientų susitaikymas su kūno pokyčiais bei pagerėjęs požiūris į savo kūną tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu, tačiau statistinė analizė tarp kūno įvaizdžio skalės bei nerimo ir depresijos skalės kintamųjų šio tyrimo metu nebuvo atlikta.

Tyrėjai (Black, 2004; Danielsen, 2013; Danielsen, Rosenberg, 2014) akcentuoja, kad pacientai greičiau susitaiko su įvykusiais pooperaciniais pokyčiais ir patiria mažiau psichologinių problemų tik turėdami išsamią informaciją apie stomos priežiūrą ir tolimesnį gyvenimą su suformuota žarnyno stoma. Kaip teigiama, gebėjimas tinkamai pasirūpinti stoma, žinojimas apie mitybos ir maudymosi ypatumus po stomos suformavimo operacijos yra vieni svarbiausių veiksnių, lemiančių geresnį ir greitesnį savo pakitusio kūno priėmimą bei teigiamus psichoemocinės būsenos pokyčius (Simmons et al., 2007; Cotrim, Pereira, 2008).

Danielsen (2013) ir Sun et al. (2013) teigimu, po stomos suformavimo operacijos būtina užtikrinti ilgalaikę pacientų priežiūrą, kuri tęstųsi ne tik gydymo įstaigoje, bet ir išvykus į namus. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad praėjus 3 mėnesiams po stomos suformavimo operacijos pacientai dar nebuvo visiškai susitaikę su įvykusiais kūno pokyčiais ir įveikę psichoemocinę adaptaciją. Siekiant, kad pacientai susitaikytų su kūno įvaizdžio pokyčiais ir pagerėtų jų psichoemocinė būseną, intensyvi šių pacientų priežiūra turi būti vykdoma ne tik ligoninėje ir reabilitacijoje, kur praleidžiamos pirmosios savaitės po operacijos, bet ir sugrįžus namo, pirminiuose sveikatos priežiūros centruose ar šeimos klinikose.

² **Teiginiai, skirti nerimui įvertinti:** 1) „Aš jaučiu įtampą ir nerimą“, 2) „Jaučiu, kad nerimstu vietoje“, 3) „Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti“, 4) „Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti“, 5) „Mane staiga apima didelis nerimas ir baimė“, 6) „Mane apima baimė, kartu atsiranda vidinis virpulys arba spaudimas po krūtine“, 7) „Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai“.

Teiginiai, skirti depresijai įvertinti: 1) „Man linksma“, 2) „Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau“, 3) „Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus“, 4) „Aš jaučiuosi užslopintas ir lėtesnių judesių“, 5) „Aš galiu juoktis ir suprasti humorą“, 6) „Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo arba TV laida“, 7) „Aš nustoju rūpintis savo išvaizda“.

Apibendrinant mūsų atlikto tyrimo rezultatus, galima teigti, kad žarnyno stomos suformavimas tiek fiziškai (pasikeičia kūno įvaizdis ir požiūris į savo kūną), tiek emociškai daro įtaką paciento tolimesniam gyvenimui, tačiau praėjus trims mėnesiams po stomos suformavimo operacijos dalis pacientų stomą pradeda pripažinti „savo kūno dalimi“, suvokia jos reikalingumą ir ima susitaikyti su pasikeitusia išvaizda.

Išvados

1. Stomos suformavimas reikšmingai keičia asmenų kūno įvaizdį ir požiūrį į savo kūną. Pacientams pirmomis savaitėmis po žarnyno stomos suformavimo operacijos sunku žiūrėti į savo pakitusį kūną, jie jaučiasi mažiau patrauklūs, mažiau patenkinti savo kūnu. Tačiau tolumuojų pooperaciniu laikotarpiu, praėjus trims mėnesiams po stomos suformavimo operacijos, pacientų požiūris į savo kūną reikšmingai pagerėjo. Pacientai nevengė bendrauti su kitais žmonėmis, pagerėjo požiūris į savo moteriškumą / vyriškumą, galėjo žiūrėti į savo nuogą kūną, reikšmingai sumažėjo nerimo ir depresijos simptomatika.

2. Pirmomis savaitėmis po stomos suformavimo operacijos pacientai jaučia nerimą ir depresiją, tačiau tolumuojų pooperaciniu laikotarpiu pastebimi reikšmingi psichoemocinės būsenos pokyčiai (pagerėjimas). Nors pacientų nerimas praėjus trims mėnesiams po žarnyno stomos suformavimo operacijos, palyginti su pirmųjų 2–3 savaičių pooperaciniu laikotarpiu, statistiškai reikšmingai nepakito, tačiau tolumuojų pooperaciniu laikotarpiu statistiškai reikšmingai pagerėjo depresijos simptomatika. Praėjus trims mėnesiams po stomos suformavimo pacientai jautėsi linksmesni, juos džiugino tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau (iki stomos atsiradimo), taip pat kaip anksčiau galėjo juoktis ir suprasti humorą, pradėjo labiau rūpintis savo išvaizda ir kt.

CHANGES IN BODY IMAGE AND PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH INTESTINAL STOMA DURING POSTOPERATIVE PERIOD

Aim of the study was to evaluate psychoemotional state and reconciliation with changes of body image for patients who underwent with intestinal stoma formation during postoperative period. The study was carried out in two stages: during the first stage psychoemotional state and reconciliation with changes of body image was evaluated for patients following 2-3 weeks after surgery. During the second stage the same parameters and progress of changes was evaluated in remote postoperative period (3 months after surgery). The results of the study have shown that psychoemotional status and perceptions of body image of ostomy patients significantly improve in remote postoperative period.

Key words: *body image, intestinal stoma, anxiety and depression.*

Literatūra

1. Altschuler A., Ramirez M., Grant M., Wendel Ch., Hornbrook M. C., Herrinton L., Krouse R. S. (2009). *The Influence of Husbands' or Male Partners' Support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting from Colorectal Cancer*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 36 (3), 299–305.
2. Ang S. G., Chen H. C., Siah R. J., He H. G., Klainin-Yobas P. (2013). *Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review*. Oncology Nursing Forum, 40 (6), 587–594.
3. Batista M. R., Rocha F. C., Silva D. M., Junior F. G. (2011). *Self-image of clients with colostomy related to the collecting bag*. Revista Brasileira de Enfermagem, 64, 1043–1047.
4. Berger P. L., Luckmann Th. (1999). *Socialinis tikrovės konstravimas: žinojimo sociologijos traktatas*. Vilnius: Pradai.
5. Black P. K. (2004). *Psychological, sexual, and cultural issues for patients with the stoma*. British Journal of Nursing, 13, 692–695.
6. Bunevičius R., Žilėnienė S. (1991). *Palyginamasis MMPI ir HAD skalių įvertinimas*. Psichologija, 11, 95–102.
7. Caumo W., Schmidt A. P., Schneider C. N., Bergmann J., Iwamoto C. W., Bandeira D., Ferreira M. B. (2001). *Risk factor for preoperative anxiety in adults*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 45, 298–307.
8. Chiara K., Fent Y., Müller F., Röthlisberger K., Sonderer K., Stöckli M., Rechsteiner M. (2003). *Die Ileostomie: ein Ratgeber der Krebsliga für Betroffene und Angehörige*. Bern: Krebsliga Schweiz.
9. Costa V. F., Alves S. G., Eufrásio C., Salome G. M., Ferreira L. F. (2014). *Assessing the body image and subjective wellbeing of ostomists living in Brazil*. Gastrointestinal Nursing, 12, 33–40.
10. Cotrim H., Pereira G. (2008). *Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care*. European Journal of Oncology Nursing, 12 (3), 217–226.
11. Dabirian A., Yaghmaei F., Rassouli M., Tafreshi M. Z. (2011). *Quality of life in ostomy patients: a qualitative study*. Patient Prefer Adherence, 5, 1–5.

12. Danielsen A. K. (2013). *Life after stoma creation*. Danish Medical Journal, 60 (10), 1–15.
13. Danielsen A. K., Rosenberg J. (2014). *Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education – a case-control study*. PLoS ONE, 9 (3). Prieiga per internetu: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0090354>>.
14. Danielsen A. K., Soerensen E. E., Burcharth K., Rosenberg J. (2013). *Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 40, 407–412.
15. Dazio E. M., Sonobe H. M., Zago M. M. (2009). *The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities*. Revista Latino – Americana de Enfermagem, 17 (5), 664–669.
16. Grant M., McMullen C. K., Altschuler A., Mohler M. J., Hornbrook M. C., Herrinton L. J., Wendel C. S., Baldwin C. M., Krouse R. S. (2011). *Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies*. Oncology Nursing Forum, 38 (5), 587–596.
17. Hopwood P., Fletcher I., Lee A., Al Ghazal S. (2001). *A body image scale for use with cancer patient*. European Journal of Cancer, 37 (2), 189–197.
18. Kimura C. A., Kamada I., Guilhem D., Monteiro P. S. (2013). *Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients*. Journal of Coloproctology, 33, 216–221.
19. Krouse R. S., Grant M., Rawl S. M., Mohler M. J., Baldwin C. M., Coons S. J., McCorkle R., Schmidt C. M., Ko C. Y. (2008). *Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas*. Journal of Psychosomatic Research, 66, 227–232.
20. Krouse R. S., Herrinton L. J., Grant M., Wendel C. S., Green S. B., Mohler M. J., Baldwin C. M., McMullen C. K., Rawl S. M., Matayoshi E., Coons S. J., Hornbrook M. C. (2009). *Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex*. Journal of Clinical Oncology, 27 (28), 4664–4670.
21. Lam R. W., Mickalak E. (2004). *Assessment scales in depression and anxiety*. United Kingdom: Taylor & Francis.
22. Mäkelä J. T., Niskasaari M. (2006). *Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland*. Scandinavian Journal of Surgery, 95 (1), 23–27.
23. McDowell I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Third Edition. Oxford: Oxford University Press.
24. Melotti L. F., Bueno I. M., Silveira G. V., Silva M. E., Fedosse E. (2013). *Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center*. Journal of Coloproctology, 33, 70–74.
25. Neuman H. B., Patil S., Fuzesi S., Wong W. D., Weiser M. R., Guillem J. G., Paty P. B., Nash G. M., Temple L. K. (2011). *Impact of a temporary stoma on the quality of life of rectal cancer patients undergoing treatment*. Annals of Surgical Oncology, 18 (5), 1397–1403.
26. Noone P. (2010). *Pre- and postoperative steps to improve body image following stoma surgery*. Gastrointestinal Nursing, 8 (2), 34–39.
27. Persson E., Hellstöm A. (2002). *Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 29, 103–108.
28. Pittman J., Rawl S. M., Schmidt C. M., Grant M., Ko C. Y., Wendel C., Krouse R. S. (2008). *Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with ostomy*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 35, 493–503.
29. Recalla S., English K., Nazarali R., Mayo S., Miller D., Gray M. (2013). *Ostomy care and management: a systematic review*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 40 (5), 489–500.
30. Reynaud S. N., Meeker B. J. (2002). *Coping styles of older adults with ostomies*. Journal of Gerontological Nursing, 28 (5), 30–36.
31. Richbourg L., Thorpe J. M., Rapp C. G. (2007). *Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 34 (1), 70–79.
32. Salome G. M., de Almeida S. A. (2014). *Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma*. Journal of Coloproctology, 34, 159–166.
33. Salome G. M., de Almeida S. A., Silveira M. M. (2014). *Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma*. Journal of Coloproctology, 34 (4), 231–239.
34. Salter M. (1999). *'If you can help somebody...': nursing interventions to facilitate adaptation to an altered body image*. The World Council of Enterostomal Therapists, 19, 28–32.
35. Sampaio F. A., Aquino O. S., Araujo T. L., Galvao M. T. (2008). *Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory*. Acta Paulista de Enfermagem, 21, 94–100.

36. Simmons, K. L., Smith J. A., Bobb K. A., Liles L. (2007). *Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships*. Journal of Advanced Nursing, 627–635.
37. Sun V., Grant M., McMullen C. K., Altschuler A., Mohler M. J., Hornbrook M. C., Herrinton L. J., Baldwin C. M., Krouse R. S. (2013). *Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 40 (1), 61–72.
38. Swan E. (2010). *Colostomy, management and quality of life for the patient*. British Journal of Nursing, 19 (21), 1346–1350.
39. Szczepkowski M. (2002). *Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century?* Acta Chirurgica Jugoslavica, 49 (2), 45–55.
40. Šiurkus T. (1975). *Bendroji chirurgija*. Vilnius: Mintis.
41. Taylor C., Morgan L. (2011). *Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment*. European Journal of Oncology Nursing, 15, 59–66.
42. Trninie Z., Vidacak A., Vrhovac J., Petrov B., Setka V. (2009). *Quality of life after colorectal cancer surgery in patients from University Clinical Hospital Mostar, Bosnia and Herzegovina*. Collegium Antropologicum, 33 (2), 1–5.
43. Viluckienė J. (2010). *Negalia kaip biografinis lūžis*. Sociologija. Mintis ir veiksmai, 1 (26), 116–130.
44. White C. A., Hunt J. C. (1997). *Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery*. Annals of The Royal College of Surgeons of England, 79 (1), 3–7.

Įteikta: 2015 m. sausio 16 d.

Priimta publikuoti: 2015 m. gegužės 25 d.